



**MILAIDA MARTIN PEREZ**

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA.**

**CAMPO GRANDE/MS  
2015**

**MILAIDA MARTIN PEREZ**

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Me Silvana Dias Corrêa Godoi

Co-orientadora: Dr<sup>a</sup> Marisa Dias Rolan Loureiro.

.

**CAMPO GRANDE/MS  
2015**

## DEDICATÓRIA

À meus pais.

## **AGRADECIMENTOS**

À minhas tutoras Silvana e Marisa por sua dedicação e incentivo.

*A atenção é a mais importante de todas as faculdades para o desenvolvimento da inteligência humana (Charles Darwin).*

## RESUMO.

A adequada assistência a pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica deve contemplar não apenas o fornecimento de medicamentos de forma regular como monitoramento da assistência, a busca ativa de faltosos e principalmente o desenvolvimento de ações de educação em saúde para mudanças de hábitos com vistas ao autocontrole dos níveis pressóricos. Acredita-se que a educação em saúde seja o mais importante instrumento para o enfrentamento da problemática da HAS uma vez que o conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Veranópolis, do município Confresa, Estado Mato Grosso, foi proposta a intervenção para organização da assistência a uma população de hipertensos por meio de formação de um grupo para ação educativa de seguimento regular, fornecimento de medicação, controles periódicos e atendimento de intercorrências. Os objetivos foram atingidos na totalidade. Nos primeiros seis meses, ocorreram encontros mensais, seguidos de avaliações periódicas, controle das doenças e dispensação da medicação. Comparando-se os resultados iniciais com os pós-intervenção, observou-se redução de 66% a 22% no número de hipertensos com pressão moderada e grave. Para hipertensos dependentes do sistema oficial de saúde e do fornecimento da medicação, em grande parte idosos e pessoas com baixa escolaridade, embora não se tenha obtido no estudo o controle de todos os determinantes de adesão e o controle das doenças, a intervenção se mostrou eficiente. Conclui-se que esse tipo de intervenção pode e deve ser mantida e ampliada na UBS, levando a mesma à totalidade e atendendo outros agravos a saúde da população e que para maior eficácia, deve ser institucionalizada, independentemente de mudanças político-administrativas, por meio da incorporação de mais profissionais de saúde e maior participação da comunidade.

**Palavras Chaves:** Hipertensão; Doença Crônica; Educação em Saúde; Terapêutica.

## ABSTRACT

Adequate care the person with systemic hypertension should include not only the provision of regular medications such as monitoring of assistance, active searches for missing and especially desenvolvimentode health education actions to change habits in order to self-control of blood pressure levels . It is believed that health education is the most important tool to combat the problem of hypertension since the knowledge of diseases is related to improved quality of life, reducing the number of decompensations, fewer hospital admissions and the greater acceptance of the disease. In the Basic Health Unit (BHU) Vila Veranopolis, the municipality Confresa, Mato Grosso State, was proposed intervention to organization of care to a population of hypertensive through formation of a group for educational activities of regular follow-up, drug supply, periodic control and treatment of complications. The objectives were met in full. In the first six months, there monthly, followed meetings of periodic evaluations, disease control and drug supply. Comparing the initial results with the post-intervention, there was a reduction of 66% to 22% in the number of hypertensive patients with moderate and severe hypertension, hypertensive dependent For the public health system and the provision of medication, largely elderly and people with low education, although we have not seen in the study track of all the determinants of adherence and disease control, the intervention was efficient. We conclude that this type of intervention can and should be maintained and expanded in UBS, taking the same to all and given other hazards to health of the population and to increase its effectiveness should be institutionalized, regardless of political and administrative changes through incorporating more health professionals and greater community participation.

**Key words:** Hypertension; Chronic Disease; Health Education; Therapy.

## SUMÁRIO

<b>1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>09</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>09</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.1 Geral.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.2 Específicos.....</b>	<b>12</b>
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>13</b>
<b>3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>20</b>



# 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

## 1.1 Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo<sup>(1)</sup>. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos.

A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica<sup>(2)</sup>.

A HAS é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarte agudo do miocárdio (IAM), aneurisma arterial (por exemplo, de aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica (IRC) e insuficiência cardíaca<sup>(3)</sup>. Segundo a *American Heart Association* é a doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto económico e social<sup>(4)</sup>.

No ano 2000 o número estimado de adultos no mundo com HAS foi de 972 milhões, com previsão de 60% de aumento na prevalência dessa doença para o ano 2025. A HAS apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento<sup>(5)</sup>. Espera-se que com o controle adequado da pressão haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença<sup>(6)</sup>. Diversos estudos têm mostrado que o controle rigoroso da pressão arterial (PA) são capazes de reduzir as complicações<sup>(7-8)</sup>. A abordagem da HAS de intervenção medicamentosa e não medicamentosa sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida<sup>(9-10)</sup>. Assim, o sucesso do controle da PA depende da adesão adequada do paciente

ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

A HAS, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e IRC<sup>(9)</sup>. No Brasil, os estudos de prevalência da doença são poucos e não-representativos, mas mostram alta prevalência, variando de 22% a 44%<sup>(11-12)</sup>.

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte nos país, representando cerca de 30% dos óbitos em todas as regiões, a frente das neoplasias, responsáveis por 16,7 %. Na busca de controle para toda essa problemática, o Ministério da Saúde do Brasil criou em 2002, o Programa HIPERDIA que é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de toda a população atingida por esta doença atendida na Rede de Atenção Básica<sup>(13)</sup>.

O Programa HIPERDIA permite o acompanhamento destas pessoas através da saúde pública com definição do perfil epidemiológico e planejamento de ações voltadas para a melhoria da sua qualidade de vida e redução do custo social<sup>(13)</sup>.

No estado Mato Grosso (MT), se registra na capital do estado, Cuiabá um 22% de hipertensos, da população total<sup>(14)</sup>.

O município Confresa, está localizada na periferia do MT, tem uma população de 27.749 habitantes. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em relação a atenção primária a Saúde (APS) e a Estratégia Saúde Família (ESF), o município conta com um Hospital Municipal Geral, sete Unidades Básicas de Saúde (USB), Centro de Triagem e Aconselhamento, Núcleo de Aconselhamento a Saúde da Família (NASF), Centro de Apoio Psicosocial e Centro de Reabilitação.

Existe um número de hipertensos de 1.261 pacientes, e no hospital do município a principal causa de urgência esta determinada por as urgências hipertensivas e sendo também a dominante causa de óbitos, esta determinada por doenças cardiovasculares, tendo como fator de risco a HAS.

A Unidade de Saúde da Família (USF) estudada se situa no bairro Veranópolis, área rural do município atende uma população de 2.120 habitantes cadastrados com um número de famílias de 648. Os principais problemas de saúde da população adulta adstrita são HAS com 187 hipertensos para 11,68% da população maior de 15 anos, doenças hiperlipidêmicas 40 para 1,52%, diabetes *mellitus* (DM) 24 para um 1,50 da população total maior de 15 anos, cardiopatias 21 para um 1,07% asma bronquica 13 para um 0,60 %, da população. O estilo de vida dessa população esta determinado pelos seguintes fatores: a maior parte da população tem baixa escolaridade (até quatro anos de estudo) ou não são alfabetizados, muitas famílias não têm renda fixa, a profissão predominante é a agricultura, extração de calcário e auxiliar de serviços gerais.

Para construção deste projeto de intervenção (PI) foram selecionados os problemas de saúde, da unidade a partir da observação situacional e também da análise de dados disponíveis das fichas de produção diária e mensal da equipe, essas fichas especificam o número de atendimentos, solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades, todos os dados em registro de SIAB.

Assim, diante da amplitude da problemática uma vez que a equipe selecionou como prioritário a assistência ao portador da HAS, propôs-se a organização da assistência aos hipertensos através do acompanhamento e controle eficiente dos pacientes com diagnóstico de HAS por sua elevada prevalência e aumento das complicações, por ser o mais importante a ser resolvido e enfrentar. Esses hipertensos estavam descontrolados do ponto de vista de irregularidade do uso da medicação, negligência em relação á frequência de consultas, controle de exames e falta de adesão as MEV.

O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da atenção básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e tratamento adequado dessa doença são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis. Na realidade da equipe da UBS Veranópolis, são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis, como

IAM e acidente vascular cerebral (AVC). Além disso, são frequentes os casos de doentes com descompensações agudas de PA, que aumentam a demanda espontânea.

## **1.2 Objetivos:**

### **1.2.1 Geral.**

- Iniciar a organização da assistência à pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica com vista ao controle e acompanhamento, na UBS Veranópolis, município Confresa, estado Mato Grosso, Brasil.

### **1.2.2 Específicos.**

- Aumentar o conhecimento dos hipertensos, da unidade de saúde, sobre a HAS, complicações, a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso no controle da doença;
- Conhecer o quantitativo e diversidade de medicamentos a serem dispensados aos hipertensos acompanhados mensalmente;

## 2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

A intervenção, será proposta para atuar sobre os fatores de riscos dos doentes com HAS da UBS Veranópolis de Confresa/MT, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal do controle e acompanhamento dos hipertensos da UBS Veranópolis e de esta forma, reduzir os índices de PA, com isso, esperava-se prevenir complicações da doença, esclarecer sobre os fatores de riscos cardiovasculares, alcançarem maior adesão dos hipertensos ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento dos mesmos, estimulando o autocontrole.

Esperava-se também envolver familiares e comunidade e centros de saúde do município, e o NASF no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso, organizar o atendimento desses, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial.

Quanto a população alvo a equipe da UBS Veranópolis, será selecionado um grupo com todos os usuários (um total de 187) que tiveram diagnóstico de HAS na comunidade, a amostra será constituída por 47 hipertensos, da área adscrita da UBS, o que possibilitara sua participação nas reuniões mensais e das atividades a desenvolver todos os meses no PI, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal do controle e acompanhamento adequado dos hipertensos, melhorar/controllar/reduzir os índices de PA, com isso, esperava-se prevenir complicações da hipertensão, esclarecer sobre os fatores de riscos cardiovasculares, alcançar maior adesão dos mesmos ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento dos hipertensos, estimulando o autocuidado. Esperava-se também envolver familiares e comunidade e os centros do município como NASF, Centro de Reabilitação, para desenvolver as ações.

Serão amostra hipertensos idosos, com mais de 60 anos, tabagistas que fazem uso de um ou mais cigarros por dia, sedentários quem realizam menos de 30 minutos de exercício três vezes por semana e não realizam atividade

física programada ou laboral. Também aqueles considerados obesos, os com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 29.

### **3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.**

Foi montada uma equipe multiprofissional para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes, composta da enfermeira, médica, dentista, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, psicóloga e os agentes comunitários de saúde.

A equipe se organizou e se capacitou para desenvolver atividades dentro de uma padronização de condutas e habilidades técnicas, de acordo com normas clássicas <sup>(9)</sup>.

A supervisão e a coordenação dos hipertensos foram garantidas pela atuação conjunta da enfermeira, médica e os agentes de saúde da UBS.

Com os hipertensos, participantes do PI, foram realizados seis encontros mensais, total de seis consecutivos.

Durante esse tempo, os hipertensos participantes do PI, passaram por avaliação clínica mensal com a médica responsável pelo PI e participaram de reuniões (ações educativas) em grupo, também mensal, que foram realizadas na primeira quinta-feira do mês.

As atividades educativas com utilização de metodologias ativas rodas de conversas, promoveu conhecer mais sobre a HAS, os fatores de riscos, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença. Também houve orientações sobre a necessidade de adesão ao tratamento e noções de alimentação saudável e adequada ao hipertensos, controle de estresse e cuidados dentários. Receberam também no primeiro encontro um cartão de controle da HAS, também foram desenvolvidos encontros com o fisioterapeuta, que orientou atividades ativas e passivas de fácil realização que podem ser realizadas em domicílio ou caminhadas de no mínimo 30 minutos diários.

Em dia previamente agendado, foi realizada consulta de enfermagem, com aferição da pressão arterial foi aferida (segundo as normas preconizadas pelo consenso) <sup>(9)</sup> e anotada no cartão de controle e na pasta de agendamento do grupo. Nos casos de alteração da pressão arterial alterada foi realizado encaminhamento e consulta médica, com a responsável pelo PI. Os

hipertensos receberam prescrição para o controle da HAS suficientes até nova consulta e tiveram, então, consulta médica agendada aos seis meses e agendamento de consulta cde enfermagem nos intervalos.

Também garantia de acompanhamento clínico, caso apresentasse qualquer intercorrência clínica, com prioridade em consulta com a médica, com agendamento realizado pelo ACS ou enfermeiro.

Para as consultas médicas e/ou com outros profissionais de saúde (nutricionista, fisioterapeuta odontólogo...) regularmente agendadas, os faltosos foram convocados pelos ACS e por a enfermeira e médica responsável pelo PI mediante visitas domiciliares.

Para o grupo controlado, a estratégia inicial foi mantida: comparecer à unidade para reavaliação clínica, disponibilização dos medicamentos, aferição da pressão arterial, e orientações gerais e de educação em saúde.

Para os grupos dos não controlados, uma nova estratégia foi proposta: comparecer à unidade a cada dois meses para aferir a pressão arterial, oferecer os medicamentos e orientações gerais de mudanças no estilo de vida (alimentares, atividade física, controle do stress, abandono do tabagismo e redução do etilismo) e muito importante adesão ao tratamento medicamentosos e em casos necessários regulados a especialidade (cardiologia, nefrologia, oftalmologia...) que seria o ideal no seguimento deste hipertensos (não foi possível devido a falta da contrarreferência). E nessas ocasiões, os casos que acusaram alteração foram agendados a consultas médicas extras.

Ao avaliarmos a intervenção, destaca-se que no período de acompanhamento (seis meses), deixaram o seguimento três hipertensos (93,6%), dois por abandono e um por óbito.

Dos 47 pacientes em acompanhamento nos grupos de hipertensão, tiveram complicações, só um, por acidente vascular cerebral (que foi o óbito).

Os índices de pressão arterial pós-intervenção apresentaram melhora. Inicialmente, 34% dos pacientes tinham pressão normal e limítrofe e 66% moderada e grave. Após a intervenção, 78% tinham pressão normal e limítrofe e 22%, moderada e grave, caracterizando uma redução de hipertensão moderada e grave.



Como resultado secundário, conseguiu-se uma organização da infraestrutura de apoio para os grupos, que consistiu em:

1. Fornecimento regular da medicação, em função da estimativa precisa de quantidade e disponibilidade dos medicamentos, já que se contou com a prescrição médica regular e com a regularidade da dispensação;
2. Padronização dos exames subsidiários solicitados, respeitadas as limitações do serviço, pois se obedeceu ao preconizado nos consensos;
3. Atendimento de intercorrências, em função do agendamento previamente reservado para esses casos;
4. Realização de ações educativas junto aos pacientes, pois a sala de reuniões, foi reservada para discussão em grupo e exposições.

O agendamento dos retornos, o fornecimento da medicação, o atendimento odontológico e médico preferencial garantiram a adesão ao programa, verificada pela observação não registrada do baixo número de faltosos.

Por meio da baixa frequência de familiares aos grupos foi possível verificar que as metas de envolvimento da comunidade e a atuação familiar não foram alcançadas.

A demanda de consulta médica de urgência, diminuiu consideravelmente, durante a intervenção, só tivemos um caso com urgência hipertensiva.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PI “Organização da Assistência a Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica” operou além da intervenção de orientação sobre a doença, suas complicações e os cuidados que devem ser tomados, um seguimento regular, associado à garantia do fornecimento de medicamentos, controle da doença (HAS) e atendimento preferencial em intercorrências. Os resultados obtidos demonstraram melhora absoluta e relativa nos níveis de pressão arterial. Não houve um controle absoluto sobre todos os determinantes de baixa adesão, como conhecimento da doença, uso regular da medicação, controle periódico da pressão, no entanto, a eficácia das intervenções ficou comprovada.

Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação de equipe multiprofissional. A atuação com equipe multiprofissional também se verifica em outros trabalhos realizados <sup>(15)</sup>, embora trabalhar com equipe multiprofissional ainda não tenha evidências definitivas, que seja a melhor das opções <sup>(16)</sup>.

Na intervenção sobre os grupos de pacientes, foi utilizado um modelo de educação interativa, segundo o qual os paciente eram estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre as situações cotidianas. A troca de vivências e experiências entre os membros do grupo foi estimulada para adequar a essa população específica os conhecimentos necessários sobre doença, seus determinantes e seus controle; modelo também utilizado no trabalho de outro pesquisador <sup>(17)</sup>.

O seguimento regular por longo período de tempo estreitou a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a adesão ao tratamento. Para uma população carente, a garantia de fornecimento regular da medicação é fundamental para a eficácia do tratamento.

Os resultados foram obtidos apesar de algumas dificuldades que interferiram na qualidade das intervenções realizadas, como por exemplo: não contamos com alguns dos exames necessários, para avaliar integralmente os hipertensos, como fundo de olho, ultrassom, tendo que recorrer os pacientes á

atenção particular. A referência para o atendimento dos pacientes nos níveis de atenção mais complexos por especialidades como cardiologia, oftalmologia, também foi ausente. A referência e a contra-referência no atendimento dos pacientes certamente propiciariam melhora saúde na deles, economia de recursos ao sistema e racionalidade na atenção em saúde; no entanto, na prática, elas ainda não foram construídas.

Os familiares não trouxeram ganhos aos resultados, sendo poucos os familiares que participaram da intervenção.

Conclui-se que a intervenção no acompanhamento de pacientes hipertensos, através da formação do grupo para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar, num período de seis meses, mostrou-se notavelmente útil no controle desta doença crônica. Esse tipo de intervenção pode ser mantida e ampliada em nossa UBS, levando a mesma à totalidade a maioria da população com esta doença, também, no atendimento dos serviços públicos de saúde. Para maior eficácia, deve ser institucionalizada, independentemente de mudanças político-administrativas, por meio da incorporação de mais profissionais de saúde e maior participação da comunidade.

## REFERÊNCIAS.

- 1-Manton, KG The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections. *World Health Statistus Quarterly*, Genebra, v.41, n.3, p.255-66, 1998.
- 2-Whitworth, JA; International Society of Hypertension Writing Group. (Novembro 2003). World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension." . **J Hypertens** 21 (11): 2003. p.1983-92.
- 3-Chohbanian, AV; Bakris GL, Black HR, Cushman WC et al. (Dezembro 2003). "Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure." . **J Hypertension** 42 (6): 2003. p.1206-52.
- 4Loiloyd-Jones, Donald; Adams RJ, Brown TM, Carnethon M et al. (Fevereiro 2010). "Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association." . **Circulation** 121 (7): e46-e215.:2010, p.10.1161
- 5-Flack, J.M. et al. Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension. **Manage Care Interface**, New York, v.15, n.11, p.28-36, 2002.
- 6-Neal, B. et al. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and others blood-pressure lowering drugs: results of propectively designed overviews of randomised trials. Blood-Pressure Lowering Treatment Trialists Colaboration. **Lancet**, London, v.356, n.9246, p.1955-64, 2000.
- 7-Ukpds 34 \_ UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatmentand risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 34. **Lancet**, London, v.352, n.9131, p.854-65, 1998.
- 8-Ukpds 38 \_UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. **BMJ**; London, v.317, n.7160, p.703-712, 1998.
- 9-Mion JR, D. et al. **Hipertensão Arterial: abordagem geral**. Projeto Diretrizes AMB/CFM 2002a. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.
- 10-SBD \_ Sociedade Brasileira de Diabetes - Consenso Brasileiro sobre Diabete 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Disponível em: [http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso\\_atual\\_2002](http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002) . Acesso em: 13 ago. 2006.

11-Freitas, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.77, n.1, p.9-21, 2001.

12-Chor D.; Fonseca, MJM.; Andrade, CR. Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.64, n.1, p.15-19, 1995.

13-Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.

14- [http://sbh.org.br/mobile/pdf/Revista\\_SBH\\_2013.pdf](http://sbh.org.br/mobile/pdf/Revista_SBH_2013.pdf).

15- Maia, F.F.R., Araújo, L.R. Projeto 'Diabetes Weekend': Proposta de Educação em Diabetes Mellitus tipo I. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.46, n.5, p.566- 573, 2002.

16- Munro, N.; Felton, A.; McIntosh, C. Is multidisciplinary learning effective among those caring for people with diabetes? **Diabetic Medicine**, Sussex, v.19, n.10, p.799-803, 2002.

17- Greenhalgh, T.; Collard, A.; Begum, N. Sharing stories: complex intervention for diabetes education in minority ethnic who do not speak English. *BMJ*, London, v.330, n.7492, p.628, 2005. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15774990>. Acesso em: 11 jun. 2006.